

Tiziana di Giampietro, G. Lombardi

IL VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE È SEMPRE LA CAUSA DELLE BRONCHIOLITI O PUÓ ESSERE CONSIDERATO SOLO UNA CONCAUSA?

DESCRIZIONE DI UN CASO CLINICO DI IMMEDIATA SENSIBILIZZAZIONE ORO-BRONCHIALE IN CUI L'IMPORTANTE SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA VIENE DOMINATA A PIÚ RIPRESE DALLA TERAPIA OMEOPATICA.

Introduzione al problema

G. Lombardi **

Al fine di documentare il rapporto causa-effetto fra trofo-allergeni e asma, numerosi autori ne hanno studiato la relazione utilizzando metodologie rigorose come i test di provocazione in cieco ^[1-4].

Da questi dati è emerso che l'asma da trofo-allergeni introdotti per os avrebbe maggior incidenza nell'età infantile rispetto a quella adulta (0,5-2%), rappresentando nel bambino il 5-10 % delle cause d'asma con prevalenza nel primo biennio di vita ^[3-5].

Sono stati inoltre descritti casi di asma da allergia alimentare scatenati dall'inalazione di piccole quantità di antigeni che volatilizzano nell'aria spontaneamente o durante la cottura di cibi come latte, uovo, pesce o pollo ^[4-7].

Nella diagnosi di asma da trofo-allergeni è importante valutare, nella raccolta dell'anamnesi, l'età del paziente, la frequenza degli episodi broncostruttivi, la presenza contemporanea di manifestazioni allergiche in altri organi, la scarsa risposta alla terapia antiasmatica ^[3, 4, 8].

La prova dirimente è rappresentata dal test di provocazione orale, secondo alcuni Autori quello "in doppio cieco" è il test di riferimento ^[9]. Tuttavia nella pratica quotidiana anche il "cieco semplice" può fornire sufficienti indicazioni ^[4].

In uno studio condotto su 1188 bambini affetti da asma bronchiale ^[10], la prevalenza dell'asma da allergia alimentare oscilla fra il 5 -10 %. Tale percentuale diminuisce con l'età, per la successiva esposizione (e sensibilizzazione) ad altri allergeni inalanti che vengono a contatto con le mucose respiratorie ^[2, 4, 5]. Da quanto emerso in questo studio, gli alimenti più responsabili di manifestazioni respiratorie sono stati: uovo (27%), pesce (21%), latte(14%), lumaca (8%), pollo(6%), arachidi(6%), prugna, soia, patata, grano, pesca, riso (3%).

Descrizione di un caso clinico

Tiziana Di Giampietro *

- C.P. nato in Italia a Pescara il 25/08/2000.
- Dopo una regolare gravidanza nasce da parto indotto a 40 settimane di gestazione. Pesa Kg.3,300, è lungo cm. 50, la circonferenza cranica è di cm 34. Gruppo sanguigno A Rh positivo.
- Nella storia familiare varie manifestazioni allergiche.

- Il parto, traumatico, lascia esiti (stipsi, rigurgito) per cui viene consigliato un esame ecografico che risulta negativo. Un trattamento osteopatico risolve prontamente sia i rigurgiti che la stipsi.
- Viene alimentato con latte materno e con saltuarie aggiunte di Similac 1 (latte vaccino adattato).
- A tre mesi pratica le vaccinazioni anti-polio, DTP e anti-Hemophilus.
- Viene visitato per la prima volta nel mio studio professionale all'età di 2 mesi e 15 giorni per scarsa crescita (- 250 gr) negli ultimi giorni.
 - Dalle indagini emerge una infezione urinaria da Escherichia Coli (10.000.000) e una dilatazione della pelvi renale. La somministrazione di un antibiotico induce la sterilizzazione, attestata al controllo delle urine. Non si hanno recidive.
- Nell'anamnesi è riferita una dermatite (crosta latte) nei primi mesi e qualche colica gassosa per cui viene somministrato latte Omeo2 dal 4° mese di vita (parzialmente idrolisato) e Pulsatilla 15 CH 3 grn a giorni alterni.
- La crescita riprende nella norma ma, a distanza di due settimane, si manifesta una dermatite allergica. Si somministra latte di soja e la dermatite si risolve prontamente.
- Al 6° mese di vita la madre somministra la prima pastina con glutine e nel giro di qualche ora il bimbo sviluppa una bronchiolite.
 - Seguendo la legge di similitudine si interviene con i seguenti medicinali: Antimonium Tartaricum 15 CH, Apis Mellifica 15 CH, Ipeca 15 CH, 3 grn di ciascuno ogni ora. La sintomatologia respiratoria si risolve in breve tempo senza necessità di altri presidi terapeutici. L'eziologia viene attribuita ad una forma virale. La crescita riprende regolarmente.
- Alla successiva somministrazione del glutine (che la madre reintroduce dopo 15 giorni) si ha una recidiva della forma bronco-ostruttiva con tosse produttiva che si manifesta nel giro di pochi minuti e con peggioramento progressivo. Il pronto intervento farmacologico omeopatico arresta ancora una volta l'evoluzione e la madre mi consulta in qualità di Pediatra curante.
- Nell'ipotesi una "Sindrome oro-bronchiale" con crisi asmatica secondaria a contatto di allergeni coi recettori della mucosa bronchiale, indirizzo il bimbo all'ambulatorio del vicino Ospedale dove viene consigliata la reintroduzione del pasto con glutine per scetticismo nei confronti dell'ipotesi di una eziologia di origine alimentare.
 - Questa terza somministrazione viene seguita da una forma bronco-spastica quasi immediata e più grave delle precedenti (anche questa volta la madre rifiuta i cortisonici prescritti e segue terapia omeopatica che risolve il quadro).
- La sintomatologia non si verifica mai con altri alimenti. Le prove allergiche su sangue non dimostrano particolari sensibilizzazioni (troppo presto perché il titolo anticorpale si innalzi?).
- Il bimbo segue per un certo tempo una dieta senza glutine e continua a crescere regolarmente.
- Attualmente, trasferita in altra città, la madre ha ripreso la somministrazione del glutine, notando solo una intolleranza, sotto forma di rigurgito, all'uovo.

Bibliografia.

1. Amato GM "Asma e allergia alimentare", Rivista Broncopneum. Ped., 1995;VII, 8

2. **Novembre E, Veneruso G, Sabatini C et al. “Incidenza dell’asma nell’allergia alimentare in età pediatrica”, Ped. Med. Chir., 1987, 78: 1139**
3. **Onorato J, Merland N, Terral C et al. “Placebo controlled double blind challenge in asthma”, Allerg. Clin. Immunol., 1987, 78: 1139**
4. **Novembre E, Lombardi E, Bernardini R et al. “Asma bronchiale e allergia alimentare”, Medico e bambino, 1994, 2:18**
5. **Oehling A, Garcia BE, Santos F, et al. “Asma e rinite causate da sensibilizzazione da cibo.”, Atti IV Workshop latino. Montecarlo 29/11- 1/12/1990; pg. 46.**
6. **Lezaun A, Jgea JM, Querce S et al. “Asthma and contact urticaria caused by rice in a housewife”, Allergy, 1994, 49:92**
7. **Navarro JA, Del Pozo MD et al. “Allium cepa seeds: a new occupational allergen”, J Allergy Clin Immunol, 1995, 96:690**
8. **Novembre E, Vierucci A: “Allergie alimentari”, Assale BM ed. “Aggiornamenti di fisiopatologia e terapia in Pediatria”, III, CIS, Milano, 1996, pg. 37**
9. **Bahna SL “Practical consideration in food challenge testing”, Immunol allergy Clin North Am, 1991, 11:843**
10. **Brunetti L, Laterza C, Spadavecchia L et al. “Asma da trofoallergeni in età pediatrica: diagnosi e prevalenza in 1188 bambini asmatici”, Riv Immunol Allergol Pediatr , 1999, XIII:121**

Tiziana Di Giampietro *

Specialista in Pediatria, Pediatra di Base dell'ASL Pescara, Docente di Omeopatia c/o CISDO, Responsabile dei Corsi di Aggiornamento dei Pediatri Convenzionati col SSN.

Giuliano Lombardi **

Specialista in Pediatria, Dirigente Medico Responsabile della Struttura di Gastroenterologia Pediatrica, U.O. di Pediatria Medica dell'Ospedale Regionale “Spirito Santo” di Pescara, Responsabile del Centro per la diagnosi di Malattia Celiaca (Rete Nazionale delle Malattie Rare).